



5. Tarikh lahir

|      |  |   |       |  |   |       |  |  |  |
|------|--|---|-------|--|---|-------|--|--|--|
|      |  | / |       |  | / |       |  |  |  |
| Hari |  |   | Bulan |  |   | Tahun |  |  |  |

6. Hubungan dengan pesara \*

|   |        |   |       |   |      |
|---|--------|---|-------|---|------|
| <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> | Isteri | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> | Suami | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> | Anak |
|---|--------|---|-------|---|------|

**(C) MAKLUMAT TUNTUTAN ALAT, UBAT-UBATAN DAN RAWATAN (Sila sertakan resit asal berkaitan)**

|     | <u>TARIKH RESIT</u> | <u>NO. RESIT</u> | <u>NAMA ALAT/<br/>UBAT/RAWATAN</u> | <u>JUMLAH (RM)</u> |
|-----|---------------------|------------------|------------------------------------|--------------------|
| 1.  | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 2.  | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 3.  | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 4.  | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 5.  | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 6.  | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 7.  | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 8.  | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 9.  | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 10. | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 11. | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 12. | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 13. | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 14. | .....               | .....            | .....                              | .....              |
| 15. | .....               | .....            | .....                              | .....              |
|     |                     |                  | <b>JUMLAH (RM)</b>                 | .....              |

**Nota:** Resit-resit hanya sah diperlakukan dalam tempoh 12 bulan dari tarikh resit dikeluarkan.

**(D) PENGESAHAN PESARA / PENERIMA PENCEN**

- Saya mengesahkan bahawa\*\* saya / suami / isteri / anak telah membeli alat/ubat-ubatan/menjalani rawatan serta segala tuntutan yang dibuat adalah sebenarnya telah dibayar oleh saya.
- Bersama-sama ini disertakan surat pengesahan dari Hospital Kerajaan bahawa bekalan ubat yang berkenaan tidak dapat dibekalkan.

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan)

Nama :  
Tarikh :

**Disemak Oleh:**

Nama :  
Jawatan :  
Unit :  
Tarikh :

**Disahkan Oleh:**

Nama :  
Jawatan :  
Unit :  
Tarikh :